

ISSN 0022-9040
ISSN 2412-5660 (Moskva, Online)
ИЗДАЕТСЯ С 1961 ГОДА

КАРДИОЛОГИЯ

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



KARDIOLOGIA

9'2016

Том 56

**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ
ЗНАЧЕНИЕ ЭРИТРОПОЭТИНА
У БОЛЬНЫХ С ОКС**

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЧКВ
У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО
ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ИМ
И ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST**

**ГИСТОХИМИЯ КОРОНАРНЫХ
АРТЕРИЙ ПРИ ИМ**

**ХРОНИЧЕСКИЙ
РЕНОКАРДИАЛЬНЫЙ
КОНТИНУУМ
ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ**

**ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ
ПЕРФУЗИИ
В ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
ДОСТАТОЧНОСТИ
МИОКАРДА**

**БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ
ПУЧКА ГИСА ПРИ ИС**

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Афанасьев С.А., Муслимова Э.Ф., Реброва Т.Ю., Сергиенко Т.Н., Репин А.Н.

Ассоциация полиморфизмов I/D и T-786C генов ACE и NOS3 с особенностями течения ишемической болезни сердца на фоне сахарного диабета 2-го типа

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Баев В.М., Ланцова Е.В., Козлов Д.Б., Варова Э.Ф.

Блокада левой ножки пучка Гиса при нестабильной стенокардии. Летальность и частота инфаркта миокарда

Мензоров М.В., Шутков А.М., Ларионова Н.В., Страхов А.А., Серова Д.В.

Прогностическое значение эритропоэтина у больных с острым коронарным синдромом

Кочергина А.М., Кашталар В.В., Кочергин Н.А., Ганюков В.И., Барбараш О.Л.

Госпитальные результаты и осложнения чрескожных коронарных вмешательств при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST у пациентов различного возраста

Соколов Е.Н., Голубев С.С., Абросимова К.А.

Гистохимия коронарных артерий при инфаркте миокарда

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Пыхалова Н.Е., Сиротенко Д.В.

Эффективность комбинированной антигипертензивной терапии у женщин с гипотиреозом и метаболическим синдромом

Остроумова О.Д., Перишко Е.И., Зинченко Ю.П.

Психологические особенности больных со стресс-индуцированной артериальной гипертензией: нарушение регуляции эмоций как центральное звено патогенеза

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Рубаненко О.А., Фатенков О.В., Кузнецов Д.В., Семагин А.П., Хохлунов С.М., Дупляков Д.В.

Факторы, ассоциированные с развитием послеоперационной фибрилляции предсердий при проведении коронарного шунтирования

РАЗНОЕ

Муркамилов И.Т., Калиев Р.Р., Сарыбаев А.Ш., Иманкунова Ж.Ш., Иманов Б.Ж., Ибрагимов А.А., Давыдова Н.Т.

Хронический ренокардиальный континуум при гломерулонефрите

ISCHEMIC HEART DISEASE

5 *S.A. Afanasiev, E.F. Muslimova, T.Y. Rebrova, T.N. Sergienko, A.N. Repin*

Association of I/D and T-786C Polymorphisms of ACE and NOS3 Genes With Features of the Course of Ischemic Heart Disease and Diabetes Mellitus Type 2

ACUTE CORONARY SYNDROME

11 *V.M. Baev, E.V. Lantsova, D.B. Kozlov, E.F. Varova*

Left Bundle Branch Block in Unstable Angina. Mortality and Rate of Myocardial Infarction

15 *M.V. Menzorov, A.M. Shutov, N.V. Lariionova, A.A. Strakhov, D.V. Serova*

Prognostic Significance of Erythropoietin in Patients With Acute Coronary Syndrome

21 *A.M. Kochergina, V.V. Kashtalar, N.A. Kochergin, V.I. Ganyukov, O.L. Barbarash*

In-hospital Outcomes and Complications of Percutaneous Coronary Interventions in Acute ST-Elevation Myocardial Infarction in Different Age Groups

27 *E.I. Sokolov, S.S. Golubev, K.A. Abrossimova*

Histochemistry of Coronary Arteries in Myocardial Infarction

ARTERIAL HYPERTENSION

32 *V.V. Skibitsky, A.V. Fenarikova, N.E. Pyhalova, D.V. Sirotenko*

The Effectiveness of Combination Antihypertensive Therapy in Women With Hypothyroidism and the Metabolic Syndrome

40 *O.D. Ostroumova, E.I. Pervichko, Y.P. Zinchenko*

Psychological Characteristics of Patients With Stress-induced Arterial Hypertension: a Violation of the Regulation of Emotions as a Central Link of Pathogenesis

SURGICAL TREATMENT

50 *O.A. Rubanenko, O.V. Fatenkov, D.V. Kuznetsov, A.P. Semagin, S.M. Khokhlanov, D.V. Duplyakov*

Factors Associated With Development of Atrial Fibrillation After Coronary Artery Bypass Grafting

MISCELLANEOUS

55 *I.T. Murkamiylov, R.R. Kaliev, A.Sh. Sarybaev, J.Sh. Imanakunova, B.F. Imanov, A.A. Ibragimov, N.T. Davidova*

Chronic Reno-Cardial Continuum in Glomerulonephritis

Факторы, ассоциированные с развитием послеоперационной фибрилляции предсердий при проведении коронарного шунтирования

DOI: <http://dx.doi.org/10.18565/kardi.2016.9.50-54>

О.А. РУБАНЕНКО, О.В. ФАТЕНКОВ, Д.В. КУЗНЕЦОВ, А.П. СЕМАГИН, С.М. ХОХЛУНОВ, Д.В. ДУПЛЯКОВ

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Самара; ГБУЗ Самарской областной клинической кардиологической диспансер Минздрава РФ, Самара

Контактная информация: Рубаненко О.А. E-mail: olesya.rubanenko@gmail.com

Цель исследования. Выявить факторы, ассоциированные с развитием фибрилляции предсердий (ФП) в раннем послеоперационном периоде коронарного шунтирования (КШ). **Материал и методы.** В исследование были включены 376 больных ишемической болезнью сердца, поступившие для проведения КШ. Пациенты были распределены в 2 группы: 1-я — без послеоперационной ФП (302 пациента, 92% мужчины, средний возраст $60,3 \pm 8,0$ года), 2-я — с впервые возникшей ФП после КШ в течение периода госпитализации (74 пациента, 93% мужчины, средний возраст $64,0 \pm 6,4$ года). **Результаты.** За период наблюдения развитие ФП отмечено у 74 (19,7%) больных, в среднем на $3,6 \pm 2$ -е сутки после операции. После выполнения многофакторного анализа прогностическая ценность сохранилась только для следующих параметров: время пережатия аорты более 43 мин (отношение шансов — ОШ 2,4 при 95% доверительном интервале — ДИ от 1,05 до 6,2; $p=0,03$), возраст старше 59 лет (ОШ 1,5 при 95% ДИ от 1,1 до 3,5; $p=0,04$), размер левого предсердия (ЛП) более 39 мм (ОШ 5,0 при 95% ДИ от 2,0 до 12,6; $p=0,0006$), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) менее 51% (ОШ 3,6 при 95% ДИ от 1,6 до 8,3; $p=0,002$). При проведении ROC-анализа высокая чувствительность отмечалась для размера левого предсердия (ЛП) более 39 мм (82%; $p=0,001$), высокая специфичность для ФВ ЛЖ менее 51% (80%; $p=0,0009$), наибольшее положительное отношение правдоподобия для ФВ ЛЖ менее 51% — 2,56 ($p=0,0009$), наибольшее отрицательное отношение правдоподобия для ЛП более 39 мм — 0,31 ($p=0,001$). **Заключение.** В нашем исследовании на риск развития послеоперационной ФП оказывали влияние возраст пациента, размер ЛП, ФВ ЛЖ, а также время пережатия аорты в ходе КШ.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, коронарное шунтирование.

Factors Associated With Development of Atrial Fibrillation After Coronary Artery Bypass Grafting

DOI: <http://dx.doi.org/10.18565/kardi.2016.9.50-54>

О.А. РУБАНЕНКО, О.В. ФАТЕНКОВ, Д.В. КУЗНЕЦОВ, А.П. СЕМАГИН, С.М. ХОХЛУНОВ, Д.В. ДУПЛЯКОВ

Samara State Medical University, Samara, Russia; Samara Regional Cardiology Dispensary, Samara, Russia

Contact information: Rubanenko O.A. E-mail: olesya.rubanenko@gmail.com

Purpose: to identify factors associated with development of atrial fibrillation (AF) in the early postoperative period of coronary artery bypass grafting (CABG). **Methods.** A total of 376 patients with ischemic heart disease who underwent CABG were enrolled in the study. **Results.** During the observation period AF occurred in 74 patients (19.7%, 93% men, mean age 64.0 ± 6.4 years), an average of 3.6 ± 2 days after surgery. Multivariate regression analysis showed that odds ratio (OR) for AF in patients with age > 59 years was 1.5 (95% confidence interval [CI], 1.1–3.5; $p=0,04$), aortic cross-clamping time > 43 min — 2.4 (95% CI, 1.05–6.2; $p=0,03$), left atrial dimension (LAD) > 39 mm — 5.0 (95% CI, 2.0–12.6; $p=0,0006$), left ventricular ejection fraction (LVEF) $< 51\%$ — 3.6 (95% CI, 1.6–8.3, $p=0,002$). During ROC — analysis the high sensitivity was observed for LAD > 39 mm (82%, $p=0,001$), high specificity — for LVEF $< 51\%$ (80%, $p=0,0009$), highest positive likelihood ratio for LVEF $< 51\%$ — 2.56 ($p=0,0009$), greatest negative likelihood ratio for LAD > 39 mm — 0.31 ($p=0,001$). **Conclusion.** In our study, the risk of AF development in the early postoperative period of CABG depended on the patient's age, left atrial size, left ventricular ejection fraction, and aortic cross-clamping time during CABG.

Keywords: atrial fibrillation; coronary artery bypass grafting.

Послеоперационная фибрилляция предсердий (ПОФП), несмотря на то что часто бывает кратковременной, является распространенным осложнением кардиохирургических вмешательств и связана с двукратным увеличением сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности при наблюдении в течение 1 года [1, 2].

ПОФП ассоциируется с увеличением периода пребывания больных в стационаре, повышением риска развития сердеч-

ной недостаточности (СН), нарушений мозгового кровообращения, тем самым увеличивая стоимость затрат на лечение [3, 4]. Возникновение фибрилляции предсердий (ФП) в раннем послеоперационном периоде также повышает риск летального исхода [5] и число послеоперационных расстройств сознания [6]. Поэтому своевременный учет факторов риска развития ПОФП, построение клинических прогностических моделей и профилактика ПОФП остаются приоритетными направлениями [7].

Цель исследования — выявить факторы, ассоциированные с развитием ФП в раннем послеоперационном периоде коронарного шунтирования (КШ).

Материал и методы

В период с декабря 2013 г. по сентябрь 2014 г. обследованы 376 больных ишемической болезнью сердца, последовательно поступивших в ГБУЗ СОККД для проведения операции КШ.

Всем больным выполняли стандартные лабораторные и инструментальные исследования. Эхокардиографию проводили на аппаратах Logiq-5 и 7 в М-, В-, D-режимах. КШ осуществляли стандартным доступом срединной стернотомии в условиях искусственного кровообращения (ИК) и антеградной кардиopleгии через корень аорты с постоянной кровной антеградной перфузией при нормотермии.

В зависимости от возникновения ПОФП пациенты были распределены в 2 группы: 1-я — без ПОФП (302 пациента, 92% мужчины, средний возраст $60,3 \pm 8,0$ года), 2-я — с впервые возникшей ФП после КШ в течение периода госпитализации (74 пациента, 93% мужчины, средний возраст $64,0 \pm 6,4$ года). Эпизоды ПОФП фиксировали в ходе мониторингового наблюдения в палатах реанимационного отделения, а также с помощью регистрации электрокардиограммы в 12 общепринятых отделениях.

Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.1.

Оценку полученных результатов осуществляли методами параметрической статистики при подчинении данных закону нормального распределения. Среди методов непараметрической статистики использовали критерий Манна—Уитни. Для расчетов чувствительности и специфичности показателей проведен ROC-анализ с последующим использованием бинарной логистической регрессии для расчета отношения шансов. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

За период наблюдения ПОФП возникла у 74 из 376 (19,7%) больных, в среднем на $3,6 \pm 2$ -е сутки после КШ (рис. 1).

Клиническая характеристика пациентов представлена в табл. 1. Пациенты с ПОФП оказались старше в среднем на 4 года ($64,0 \pm 6,4$ и $60,3 \pm 8,0$ года соответственно; $p = 0,002$), чаще переносили инфаркт миокарда — ИМ (85 и 64% соответственно; $p = 0,001$), имели больший переднезадний размер левого предсердия — ЛП ($42,52 \pm 4,3$ и $38,48 \pm 3,8$ мм соответственно; $p < 0,001$), меньшую фракцию выброса левого желудочка — ФВ ЛЖ ($52,7 \pm 10,0\%$ против $58,3 \pm 8,3\%$ соответственно; $p < 0,001$). Кроме того, у больных с ПОФП отмечалось более длительное время ИК ($68,1 \pm 24,4$ и $61,7 \pm 16,9$ мин соответственно; $p = 0,048$)

Таблица 1. Клинико-инструментальная и хирургическая характеристика пациентов

Показатель	1-я группа (n=302)	2-я группа (n=74)	p
Мужчины	278 (92)	66 (93)	0,757
Возраст, годы	$60,3 \pm 8,0$	$64,0 \pm 6,4$	0,002
Курение	169 (56)	47 (64)	0,063
ИМТ > 30 кг/м ²	211 (70)	32 (43)	0,045
Функциональный класс стенокардии	$3,22 \pm 0,73$	$2,77 \pm 0,73$	0,629
Перенесенный ИМ	193 (64)	63 (85)	0,001
Артериальная гипертензия	296 (98)	72 (97,3)	0,468
Функциональный класс ХСН	$2,04 \pm 0,19$	$2,11 \pm 0,32$	0,015
Сахарный диабет	51 (17)	10 (14)	0,332
Нарушение мозгового кровообращения в анамнезе	11 (3,6)	4 (5,4)	0,08
Атеросклероз артерий нижних конечностей	79 (26)	23 (31)	0,11
Патологии дыхательной системы*	27 (9)	5 (6)	0,07
Медикаментозная терапия до операции			
β-адреноблокаторы	272 (90)	69 (93)	0,281
ингибиторы АПФ/АРА	251 (83)	60 (81)	0,345
антагонисты кальция	18 (6)	2 (3)	0,293
нитраты	112 (37)	30 (40)	0,412
диуретики	36 (12)	5 (7)	0,051
статины	223 (74)	61 (69)	0,416
аспирин/ацетилсалициловая кислота	300 (99)	74 (100)	0,512
клопидогрел	45 (15)	7 (9)	0,062
Размер ЛП, мм	$38,48 \pm 3,8$	$42,52 \pm 4,3$	$< 0,001$
ФВ ЛЖ, %	$58,3 \pm 8,3$	$52,7 \pm 10,0$	$< 0,001$
Количество шунтов	$2,8 \pm 0,83$	$2,7 \pm 0,9$	0,344
Время ИК, мин	$61,7 \pm 16,9$	$68,1 \pm 24,4$	0,048
Время пережатия аорты, мин	$36,4 \pm 11,2$	$42,3 \pm 18,8$	0,012
Время ишемии, мин	$15,7 \pm 8,8$	$18,0 \pm 9,8$	0,165
Длительность пребывания в стационаре, дни	$19,5 \pm 4,9$	$21,1 \pm 7,3$	0,025
Креатинин, ммоль/л	$94,8 \pm 14,8$	$98,3 \pm 12,5$	0,09
Гемоглобин, г/л	$109,4 \pm 3,3$	$104,5 \pm 4,4$	0,21
Калий, ммоль/л	$4,6 \pm 0,6$	$4,5 \pm 0,7$	0,32
Заболелания щитовидной железой**	7 (2,3)	2 (2,7)	0,1

Примечание. * — хроническая обструктивная болезнь легких, бронхитальная астма, ** — диффузно-узловой зоб, гипотиреоз, тиреотоксикоз, зоб, тиреоз, хронический аутоиммунный тиреоидит. ИМТ — индекс массы тела; ИМ — инфаркт миокарда; ХСН — хроническая сердечная недостаточность; АПФ — ангиотензинпревращающий фермент; АРА — антагонист рецепторов ангиотензина II; здесь и в табл. 2: ЛП — левое предсердие; ФВ ЛЖ — фракция выброса левого желудочка; ИК — искусственное кровообращение.

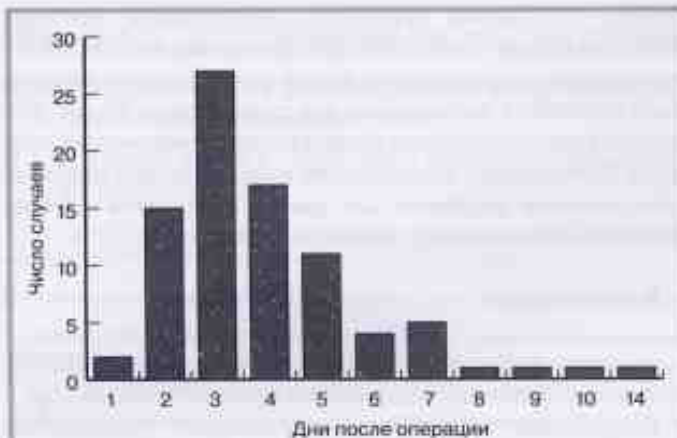


Рис. 1. Ежедневное число новых случаев послеоперационной фибрилляции предсердий за период госпитализации.

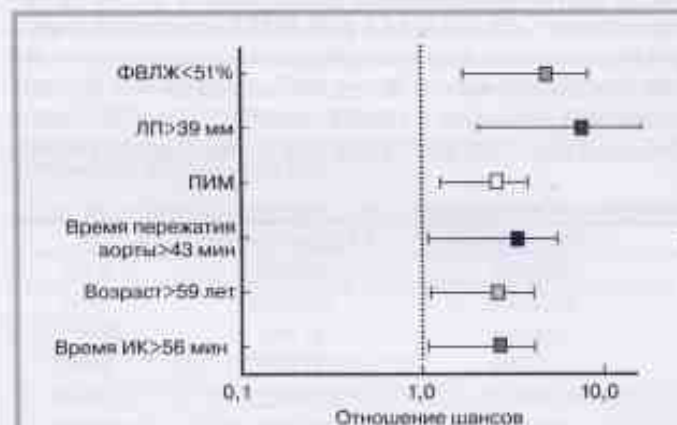


Рис. 2. Факторы, влияющие на развитие послеоперационной фибрилляции предсердий (однофакторный анализ).

Здесь и на рис. 2 и 3: ФВЛЖ – фракция выброса левого желудочка; ЛП – левое предсердие; ПИМ – чаще перенесли инфаркт миокарда; ИК – искусственное кровообращение.

и пережатия аорты ($42,3 \pm 18,8$ и $36,4 \pm 11,2$ мин соответственно; $p=0,012$).

При проведении однофакторного регрессионного анализа (рис. 2) отношение шансов (ОШ) развития ФП в послеоперационном периоде КШ для времени ИК более 56 мин составило 2,1 (при 95% доверительном интервале – ДИ от 1,1 до 4,4; $p=0,04$), для возраста старше 59 лет – ОШ 2,3 (при 95% ДИ от 1,3 до 4,2; $p=0,004$), времени пережатия аорты более 43 мин – ОШ 2,8 (при 95% ДИ от 1,4 до 5,8; $p=0,006$), для ИМ – ОШ 2,3 (при 95% ДИ от 1,4 до 3,9; $p=0,002$), размера ЛП более 39 мм – ОШ 6,3 (при 95% ДИ от 2,8 до 14; $p<0,0001$), ФВ ЛЖ менее 51% – ОШ 4,3 (при 95% ДИ от 2,1 до 8,5; $p<0,0001$).

Однако после выполнения многофакторного анализа (рис. 3) прогностическая ценность сохранилась только для следующих параметров: время пережатия аорты более 43 мин – ОШ 2,4 (при 95% ДИ от 1,05 до 6,2; $p=0,03$), возраст старше 59 лет – ОШ 1,5 (при 95% ДИ от 1,1 до 3,5; $p=0,04$), размер ЛП более 39 мм – ОШ 5,0 (при 95% ДИ от 2,0 до 12,6; $p=0,0006$), ФВ ЛЖ менее 51% – ОШ 3,6 (при 95% ДИ от 1,6 до 8,3; $p=0,002$).

Оценку чувствительности и специфичности данных показателей проводили с помощью ROC-анализа с графическим изображением зависимости (рис. 4). Наиболее высокая чув-

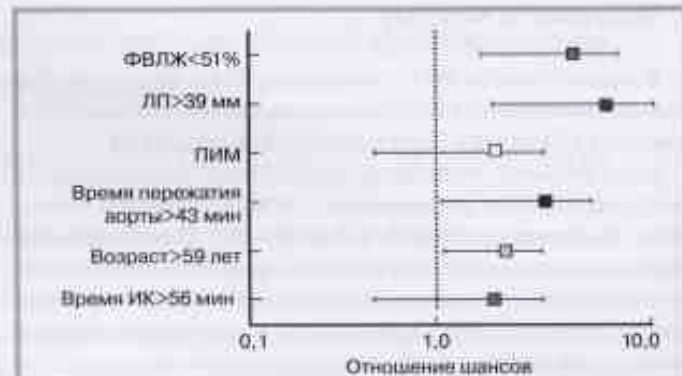


Рис. 3. Предикторы развития послеоперационной фибрилляции предсердий (многофакторный анализ).

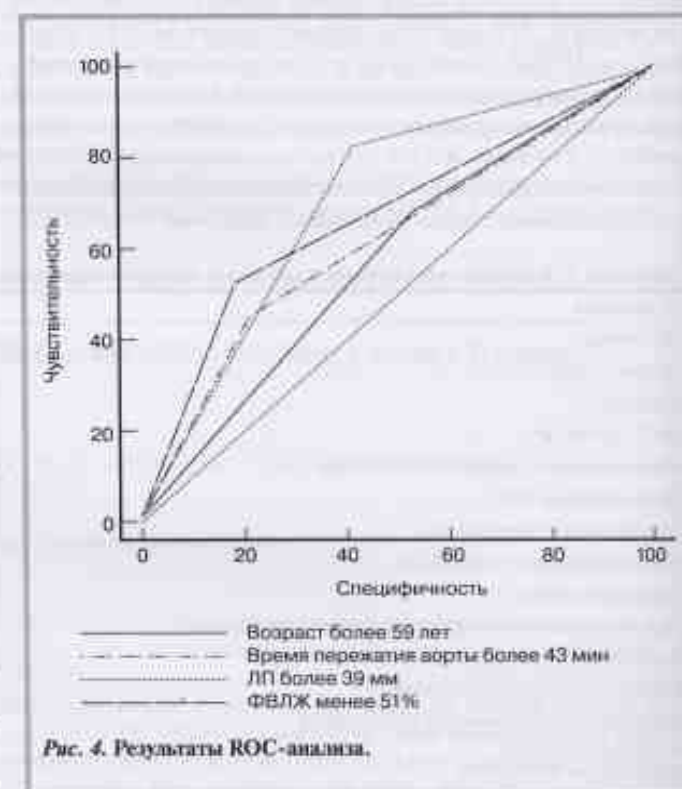


Рис. 4. Результаты ROC-анализа.

ствительность отмечалась для размера ЛП более 39 мм (82%; $p=0,001$), наиболее высокая специфичность для ФВ ЛЖ менее 51% (80%; $p=0,0009$), наибольшее положительное отношение правдоподобия для ФВ ЛЖ менее 51% – 2,56 ($p=0,0009$) (для пациентов с ПОФП вероятность определения ФВ ЛЖ менее 51% в 2,56 раза выше, чем для группы без ПОФП), наибольшее отрицательное отношение правдоподобия для ЛП более 39 мм – 0,31 ($p=0,001$) (у пациентов без ПОФП вероятность выявления размера ЛП более 39 мм в 0,31 раза больше, чем для группы с ПОФП) (табл. 2).

Обсуждение

В нашем исследовании частота развития ПОФП составила 19,7%, что в целом совпадает с данными других авторов [8], а ее возникновение сопровождалось увеличением продолжительности пребывания пациента в стационаре ($21,1 \pm 7,3$ против $19,5 \pm 4,9$ дней; $p=0,025$).

Таблица 2. Чувствительность и специфичность показателей

Показатель	AUC	Чувствительность	Специфичность	+LR	-LR	p
Возраст >59 лет	0,61	76	43	1,32	0,57	0,0013
Время пережатия аорты >43 мин	0,59	45	78	2	0,71	0,046
ЛП >39 мм	0,76	82	58	1,96	0,31	0,001
ФВ ЛЖ <51%	0,67	52	80	2,36	0,6	0,0009

Примечание. +LR — положительное отношение правдоподобия; -LR — отрицательное отношение правдоподобия; AUC — площадь под ROC-кривой.

Механизмы, лежащие в основе возникновения ФП после КШ, остаются не до конца изученными. Различные авторы в качестве факторов риска возникновения ПОФП указывали артериальную гипертензию, СН, хроническую почечную недостаточность, нарушения электролитного баланса, внутриаортальную баллонную контрпульсацию, гидратацию и др. [9, 10].

Наши пациенты с ПОФП были старше ($64,0 \pm 6,4$ против $60,3 \pm 8,0$ года), и согласно данным однофакторного и многофакторного анализа, возраст пациента оказался независимым предиктором развития аритмии. Подобные сведения согласуются с данными, полученными другими исследователями [9, 11].

M. Wilbring и соавт. (2014) отметили, что недавно перенесенная ИМ (<3 мес) ассоциируется с увеличением риска возникновения новых случаев ФП после КШ [12]. Однако в нашем исследовании ИМ как фактор риска развития ПОФП после проведения многофакторного анализа потерял свою прогностическую значимость.

Из проанализированных эхокардиографических показателей на развитие ПОФП влияли только переднезадний размер ЛП и ФВ ЛЖ. В других исследованиях наряду с указанными факторами на возникновение ФП влияли площадь ЛП и его систолический объем [8, 13].

Несомненное влияние на риск развития ПОФП оказывают и факторы, непосредственно связанные с самим хирургическим вмешательством. Среди них выделяют преходящую ишемию во время хирургического вмешательства вследствие пережатия аорты, канюлирование предсердий, использование ИК, перегрузку жидкостью и, наконец, активный воспалительный процесс [14]. По данным литературы, после ИК изменяется проницаемость клеточных мембран, в том числе клеток миокарда, в результате ответной реакции на гуморальные факторы хирургического стресса и механическую травму при канюляции [15]. Наше исследование продемонстрировало, что время пережатия аорты статистически значимо влияло на возникновение ПОФП при многофакторном анализе.

Заключение

Таким образом, в нашем исследовании на риск развития послеоперационной фибрилляции предсердий влияли возраст пациента, размер левого предсердия, фракция выброса левого желудочка, а также время пережатия аорты в ходе коронарного шунтирования.

Сведения об авторах:

Хохлунов С.М. — д.м.н., проф., гл. врач ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер Минздрава РФ, Самара; зав. кафедрой кардиологии и кардиохирургии ИПО ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Самара.

Дупляков Д.В. — д.м.н., доцент, зам. гл. врача ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер Минздрава РФ, Самара; проф. кафедры кардиологии и кардиохирургии ИПО ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Самара.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Самара

Кафедра факультетской терапии

Рубаненко О.А. — к.м.н., ассистент кафедры.

Фатенков О.В. — д.м.н., доцент, зав. кафедрой.

ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер Минздрава РФ, Самара

Кузнецов Д.В. — к.м.н., зав. кардиохирургическим отделением №11.

Семагин А.П. — к.м.н., зав. кардиохирургическим отделением №4.

E-mail: olesya.rubanenko@gmail.com

Information about the author:

Samara State Medical University, Samara, Russia

Chair of Faculty Therapy

Olesya A. Rubanenko — PhD.

E-mail: olesya.rubanenko@gmail.com

Литература/REFERENCES

1. Kinn B, Fox S, Chase L et al. Post-Operative Atrial Fibrillation is not Pulmonary Vein Dependent: Results from a Randomized Trial. Heart Rhythm 2015;pii:S1547-5271(15)00043-0.
2. Philip F., Becker M., Galla J. et al. Transient post-operative atrial fibrillation predicts short and long term adverse events following CABG. Cardiovasc Diago Ther 2014;4(5):365-372.

3. Hogue C.W. Jr., Stewart L.L., Guterman D.D. et al. Epidemiology, mechanisms, and risks: American College of Chest Physicians guidelines for the prevention and management of postoperative atrial fibrillation after cardiac surgery. *Chest* 2015;128:95–165.
4. Almansi G.H., Wagner T.H., Carr B. et al. Postoperative atrial fibrillation impacts on costs and one-year clinical outcomes: the veterans affairs randomized on/off bypass trial. *Ann Thorac Surg* 2015;99(1):109–114.
5. Villareal R.P., Hariharan R., Liu B.C. et al. Postoperative atrial fibrillation and mortality after coronary artery bypass surgery. *J Am Coll Cardiol* 2004;43:742–748.
6. Zhang W.Y., Wu W.L., Gu J.J. Risk factors for postoperative delirium in patients after coronary artery bypass grafting: A prospective cohort study. *J Crit Care* 2015 Feb 7. pii: S0883-9441(15)00063-5. [Epub ahead of print]
7. Halonen J., Halonen P., Järvinen O. et al. Corticosteroids for the prevention of atrial fibrillation after cardiac surgery: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007;297:1562–1567.
8. Opolak M.P., Staruch A.D., Kusmierczyk M. et al. Computed tomography angiography for prediction of atrial fibrillation after coronary artery bypass grafting: Proof of concept. *J Cardiol* 2015 Jan 8. pii: S0914-5087(14)0359-1.
9. Shen J., Lal S., Zheng V., Buckley P., Damiano R.J. Jr., Schuessler R.B. The persistent problem of new-onset postoperative atrial fibrillation: A single-institution experience over two decades. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2011;141:559–570.
10. Chua S.K., Shyu K.G., Li M.J. et al. Association between renal function, diastolic dysfunction, and postoperative atrial fibrillation following cardiac surgery. *Circ J* 2013;77:2303–2310.
11. Tatsuishi W., Adachi H., Murata M. et al. Postoperative Hyperglycemia and Atrial Fibrillation After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Circ J* 2014 Nov 12. [Epub ahead of print].
12. Wilbring M., Ploetzer K., Bormann S. et al. Omega-3 polyunsaturated Fatty acids reduce the incidence of postoperative atrial fibrillation in patients with history of prior myocardial infarction undergoing isolated coronary artery bypass grafting. *Thorac Cardiovasc Surg* 2014;62(7):569–574.
13. Amadoriti L.O., Axelsson T.A., Helgason D. Outcome of myocardial revascularisation in patients fifty years old and younger. *Laeknabladid* 2014;100(12):651–656.
14. Bidar E., Maesen B., Nieman F. et al. A prospective randomized controlled trial on the incidence and predictors of late phase post-operative atrial fibrillation up to 30 days and the preventive value of bi-atrial pacing. *Heart Rhythm* 2014;11(7):1156–1162.
15. Brand V.B., Vanilev A.V., Valetova V.V. Risk factors for atrial fibrillation after coronary bypass operations with cardiopulmonary bypass. *Anesteziology i reanimatologiya* 2004;2:13–17. Russian (Бранд В.Б., Васильев А.В., Валетова В.В. Факторы риска фибрилляции предсердий после операций аортокоронарного шунтирования с искусственным кровообращением. *Анестезиология и реаниматология* 2004;2:13–17).

Поступила 05.04.15 (Received 05.04.15)

Начало. Продолжение на стр. 79

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Представительство Президента РФ в Северо-Кавказском
федеральном округе России
Администрация президента Чеченской Республики
Министерство здравоохранения Чеченской Республики
Чеченский государственный университет
Российское кардиологическое общество
Фонд содействия развитию кардиологии «Кардиопрогресс»
**VI НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ КAVKAZA**
25-26 октября 2016 г

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в VI научно-образовательной конференции кардиологов и терапевтов Кавказа, которая состоится в г. Грозный, ул. Шерипова дом 32, главный корпус Чеченского государственного университета.

Тематика конгресса

- Совершенствование организации помощи терапевтическим и кардиологическим больным
- Неотложная и скорая помощь при сердечно-сосудистых и других соматических заболеваниях
- Новые медицинские технологии в диагностике, лечении, профилактике и реабилитации кардиологических больных
- Интервенционная кардиология и хирургические методы лечения сердечно-сосудистых заболеваний
- Коморбидные заболевания (состояния) в практике врача терапевта: особенности диагностики, лечения, профилактики
- Надвигающаяся эпидемия ожирения, сахарный диабет и другие эндокринные заболевания
- Хронические легочные заболевания в терапевтической практике
- Заболевания почек
- Желудочно-кишечные патологии
- Психосоматические и неврологические расстройства в практике терапевта

- Системные заболевания соединительной ткани
- Семейная медицина
- Социальное дело в клинике внутренних болезней

Научная программа конгресса включает лекции, пленарные заседания, научные симпозиумы, секционные заседания, стендовые доклады, вступительные курсы молодых ученых, школы для практикующих врачей.

Полная научная программа размещается на www.cardioprogress.ru за 15 дней до начала Конференции.

Информация о VI Научно-образовательной конференции кардиологов и терапевтов Кавказа размещена на официальном сайте Форума www.cardioprogress.ru, а также на сайтах партнеров: www.ruscards.ru, www.rcardio.ru, www.bianka-media.ru, www.medvestnik.ru, www.pharmvestnik.ru

Тезисы

В рамках конференции планируется издание сборника тезисов. Материалы конференции будут опубликованы в журнале, рекомендованном ВАК РФ (Кардиоваскулярная терапия и профилактика).